

3 登録型訪問介護ヘルパーの雇用の現状と能力開発

東京大学社会科学研究所
堀田 聡子氏発表要旨

(1) ホームヘルパーの雇用関係の現状

1) 問題意識

介護保険制度の導入を契機に、介護サービスの需要は増大し、特に在宅誘導の高齢者福祉政策により、居宅サービス事業が拡大している。介護保険制度の見直しにおいては、介護予防、介護保険の対象の問題が取り上げられているが、これらの問題も併せると、訪問介護サービスに対するニーズは、質量ともに増加していくことが予想される。サービスニーズに柔軟に対応していくためには、サービス利用者と事業者に加え、介護労働者が安定した需給関係を構築していくことが欠かせないのではないかと考える。

ホームヘルパーの供給量に関しては、平成11年「ゴールドプラン21」における平成16年の目標が35万人であるのに対し、ホームヘルパー1級から3級までの養成講習修了者は、現在200万人を超えている。ヘルパー資格を取得し、実際に就労しているものは、20数万人（厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」）であり、資格を取得しても実際にヘルパーとして就労している人の割合は少ない。介護労働安定センターの労働実態調査によると、ホームヘルパーの過不足について不足感を持つ事業者が約四割、就労の実態については、労働時間が短く、有期契約が多い、年間の離職率が全体で22%、非正社員では32.2%であり（介護労働安定センター「介護事業所における労働の現状」平成15年版）、ヘルパーの能力開発が難しく、職業能力が高まらないという傾向が指摘できる。その原因としては、雇用関係や労働条件の未整備にあるのではないかと考える。

2) 「登録型」ヘルパーの雇用関係の現状

ここでは、特に雇用関係が不安定な「登録型」ヘルパーを中心に分析する。登録型ヘルパーとは、「ホームヘルパーとして事前に訪問介護サービス事業所に登録を行っておき、要介護者からのサービス利用依頼にもとづく事業者からの照会と、登録者本人の都合（日時・内容）が合致したときにサービスに従事する変動的就労（非常勤）のホームヘルパー」と定義付けられる（介護労働安定センター「登録型ヘルパー研究会報告」）。この定義によると、登録型ヘルパーは「日々雇用」の範疇と解することができるが、介護労働安定センターの調査結果によると、登録型ヘルパーの大部分は、月間勤務表によって働いており、典型的なものは、「月雇用」であるといえる。登録型とは、労働者派遣に起源があり、本来は、仕事が発生するまでが登録、雇い入れられた時点から雇用、となるわけであるが、実際に

は雇用されているヘルパーも含めて、登録型ヘルパーと呼ばれている場合が多い。

登録型ヘルパーは、訪問介護サービスの基幹的存在であり、約半数を占める。40歳以上の主婦層が中心で、家計維持責任を負うものは2割以下である（介護労働安定センター、平成14年）。登録型ヘルパーが求められる背景には、サービスニーズが変動しやすいこと、サービスニーズの発生状況に偏りがあること、サービスニーズへの対応を常用フルタイムの労働者で全部対応しようとするのは、採算性の確保の観点からも難しいこと、ホームヘルパー側も短時間で無理のない就労を望んでいること、利用者にとっても費用負担の面でメリットがあることなどがあげられ、登録型ヘルパーは使用者、労働者、利用者の3者にとって都合のいい形態として生み出されたといえる。

3) 登録型ヘルパーの問題点と対策

登録型ヘルパーの問題点として、①雇用・契約関係の内容が曖昧なこと、②就労実態と賃金・報酬体系のずれがあること（訪問介護サービスは、周辺コストが膨れやすい）、③契約と実態の乖離（月毎の雇用契約が長期に渡っても、厚生年金等、常用雇用を前提としている諸制度の適用対象とは見なされにくいこと）があげられる。

これらの対策として、雇用契約関係を整理する必要がある。登録型ヘルパーの雇用は、月ごとの勤務表が合意されるごとに労働契約が成立している、と考えるのが妥当ではないか。月間勤務表に基づいて働くヘルパーの就労パターンとしては、月毎に労働量、労働時間、労働が決められていて、月毎の中身が、前月の同内容の更新ではない点が特徴といえる。そこで、「登録に基づく月契約非常勤ヘルパー（月契約ヘルパー）」と呼ぶことを提案する。

月契約としての就労が恒常化し、一定の就労実績を継続した場合には、労働者本人の希望次第で、毎月の所定労働時間が固定的な雇用形態に移行できるような環境を整備していけばよいのではないか。

雇用管理上の対応として、労働条件を文書で明示すること、就労規則も別個に作成し、所定労働時間を設定すること、非サービス時間についても原則として使用者の指揮命令下にある時間は労働時間として取り扱うこと、賃金や休日手当などの適切な支給を実施すること、変更や調整の結果、月間労働時間数を下回る場合の賃金保証システム、非サービス時間に対する賃金支払い、年次有給休暇の支給等が指摘できる。

(2) ホームヘルパーの能力開発

1) ホームヘルパーの能力開発の現状

介護サービスの質を考えた場合、サービスの担い手の数が十分に確保されていること、かれらが質の高い介護サービスの提供に必要な職業能力を保有していることが必要条件に

なるであろう。そのためには、職業能力の開発に必要な時間と機会が提供される仕組みが必要であり、能力開発型の人事処遇制度の整備が必要とされる。

訪問介護の担い手の多くはヘルパー2級の資格を有しているが、この資格は公的試験でその能力を評価したものではないので、能力の保証がされているものではない、ということが特徴として指摘できる。

ヘルパーの仕事を18にわけ、難易度に応じた54の課業のそれぞれについて習熟度を自己評価してもらい、ヘルパーの介護能力を得点化した調査で、介護の仕事の通算経験年数と介護能力の関係をみると（厚生労働科学研究「介護関連分野における雇用・能力開発指針の策定に関わる研究」平成14年度研究報告）、通算経験一年以下では、それ以上と比較し、介護能力得点が低い結果が報告されている。そこで、資格取得から一年程度は実務経験に基づく見習い期間というように位置づける必要があるのではないか、と考える。

実際の能力開発の現状としては、事業者により異なるが、訪問介護サービスの性質上、一対一のサービス提供、直行直帰型のケースが多いという実状から、現場での継続的な能力開発の実施が困難であるという性質があること、ヘルパーの能力の伸張度合いを測定・評価する仕組みがないこと、利用者のサービスニーズとのマッチングが煩雑であるため、ヘルパーの能力と難易度にあつた人員配置が困難である、などの理由により、ヘルパーの能力開発の機会は十分に確保されているとはいえない。

一方、介護報酬の仕組みもヘルパーの職業能力を反映するものにはなっていない。介護能力得点別の賃金水準についての調査（介護関連分野における雇用・能力開発指針の策定に関わる研究、平成14年度）では、介護能力得点の高いものほどおおむね高いという結果がでていますが、その差は小幅なものとなっている。

2) ホームヘルパーの職業能力の方向性

①サービス提供責任者の果たす役割

ホームヘルパーの能力開発には、サービス提供責任者が大きな役割を果たすことが期待される。サービス提供責任者の役割として、利用者ニーズを把握して訪問介護計画をつくること、利用者ニーズを充当できるようなヘルパーを配置していくこと、ヘルパーがその能力を持っていなければ、その能力開発をしていくこと、といった、人事管理を行うことが期待される。しかし、実際のサービス提供責任者の業務は、その範囲が具体的に明示されているものがないので、事業者によって業務内容はまちまちである。サービス提供責任者の業務内容をみると、(財) 連合総合生活開発研究所「サービス提供責任者に関するアンケート調査(法人調査)」によれば、業務内容の時間配分として、最も多いのはヘルパー業務(同行訪問、代行訪問など)で27.6%であり、ヘルパーへの研修・指導は、10.6%にとどまっている。ヘルパーの能力開発まで手が回っていないという結果である。

サービス提供責任者としての資格認定の仕組みが整備されていないので、ヘルパー2級なら3年の実務経験、ヘルパー1級、介護福祉士であればそのままサービス提供責任者になることができる。人事管理能力を修得する場がないまま、サービス提供責任者の職務に就いている、という事実に対し、サービス提供責任者が働きやすい環境を整備すること、具体的には、①業務の具体的内容の明確化、②サービス提供責任者の職業能力を担保できる資格を新設、③配置や業務に対する加算など、サービス提供責任者に係わる介護報酬の新設、などを介護保険制度で整備すること、サービス提供責任者が本来業務に集中できる環境の整備（事務職員の配置など）を行うことを提案する。

②ヘルパーの職務遂行能力の把握

職務能力の開発のためには、ヘルパーの職務遂行能力を把握することが前提となる。能力の把握は、直属の上司が同行訪問を行う時しか機会がないため、把握には工夫が必要である。

第一に、利用者からヘルパーの働きについての情報を収集する、第二に、ヘルパー自身による自己評価を行う、第三に、自己評価と第三者評価を比較する機会を設ける、ことが考えられる。

能力開発の工夫としては、訪問介護サービスは、OJTが困難なため、せめて月1回は先輩ヘルパーとの情報交換を行うことが有用であると考えられる。これは、情報共有の場として、またストレス対応の場としても有益であると思われる。

さらに、能力開発促進型の処遇制度（職能等級など）も有効と考える。またキャリアルートを示していくことも、モチベーションをあげていくために必要であろう。

(注) 本発表は、堀田氏が参加した以下の研究会等の研究成果に基づく。

1. 介護労働安定センター「登録型ヘルパーに関わる研究会」
2. 厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業「介護関連分野における雇用・能力開発指針の策定に係わる研究」
3. 連合総合生活開発研究所「質の高いヘルパーの確保・育成に関わる研究委員会」

3 介護労働市場の経済学的実証分析

一橋大学経済研究所

清水谷 諭氏発表要旨

本研究会では、介護労働問題として、特に介護サービスの供給に焦点を絞り、先行する実証研究について紹介し、現在利用可能なデータの限界、必要とされる研究の方向等を中心に取り上げる。

(1) 介護保険導入の意義

1) 介護サービス市場の現状

介護市場、特に在宅介護サービス市場は大きく膨らんできており、利用者も増加している。高齢化の進展により、将来のコスト増加は、不可避と予測されている。平成16年厚生労働省試算によると、介護保険給付費は2025年に約20兆円としている。このコスト増について、質を下げることなく、いかにコストを抑制するかという問題意識にたつ。公的介護保険制度による市場原理導入は、画期的なことであったが、今後は、この市場原理の徹底により一層の効率化をはかることが不可欠である。この点、特に介護や福祉など個人の異質性を考慮しなければならない分野については、マイクロデータを収集、分析を実施し、実証に基づいた政策立案を行うことが重要である。

① 介護保険導入の意義（利用者への影響）

介護保険の導入について、介護の受け手を中心に整理すると、まず利用者（要介護者・介護者）への影響として、将来的に供給不足が生じるという「国民的不安感」の解消、措置制度から自由契約へ移行、それに伴い、自由に事業者を選ぶことができるようになったこと、サービスの需要が総合化して、利用者間に不公平感が解消したこと、があげられる。さらに介護者への影響として、従来介護負担を追ってきた女性に対して、介護の社会化をすることによって、介護地獄、長時間介護といった過度の負担の解消、女性労働供給の促進があげられる。

② 介護保険導入の意義（供給面・財政面への影響）

一方、供給面への影響としては、新規参入促進による供給の増加、訪問介護市場への営利企業の参入、これによって競争原理を通じた、サービスの質および効率性の向上をはかっていこうとしたこと、があげられる。さらに、財政面への影響として、社会保険方式による財政基盤強化、「社会的入院」の解消による医療費の効率化という狙いがあったことがあげられる。

(2) 介護労働市場の賃金構造

最小限のコストで最大限の成果を出すにはどうしたらよいか。サービスの質を保ちつつ、できるだけ効率化を図るにはどうしたらよいか、という経済学観点にたつと、介護サービスの供給面の課題としては、コスト構造の分析(賃金構造の分析)、それによりアウトプット(成果)がどのようになっているのかの分析(サービスの質の分析)、そして、コストとアウトプットの関係がどの程度になっているのか(供給効率性の分析)、について、実証分析をもとに指摘する。

① 介護労働市場の賃金構造

介護サービスは労働集約的であり、人件費がコストに占める割合が高い。介護のコスト構造に関する分析の視角として、一つめに、経営主体によって賃金がどれだけ違うのか、すなわち非営利賃金プレミアムがあるか、営利・非営利と比較しコスト構造の違いを分析することがあげられる。営利・非営利主体間の賃金格差については、米国では、膨大な文献が存在する。次に、賃金プロフィール(年齢・経験年数と賃金)がどのようになっているのか、という点があげられる。

② 「非営利賃金プレミアム」VS「営利プレミアム」

公的介護保険を導入した一つの大きな意義として、営利企業を参入させたことがあげられる。営利企業がどのような効果をもたらすのかという点について、もしも営利の方が安いコストでしかもよいサービスを提供できれば、営利企業の参入を促進することにより介護サービス市場自体の効率化が可能になると考えられる。

営利・非営利主体のコスト構造の違いを解明する研究について、「非営利賃金プレミアム」論の根拠として、Newhouse(1970年)の説があげられる。非営利の経営主体は、利益の最大化だけではなく、高いサービスを提供すること自体が経営者の効用を高める、と考えるため、高い質のサービスを提供するためにコストを投入するというインセンティブが働くため、非営利の方が営利主体に比べて賃金が高い、という説である。

もう一つは、非営利主体とは、利益を株主等に配当しえないので、営利主体のような「利益再分配制約」が働かず、コストを下げるインセンティブが働かないために、非営利主体の方が相対的に賃金が高い、という説があげられる(Feldstein(1971)等)。

一方、「営利プレミアム」説としては、非営利主体で働く労働者は、金銭的対価以外の要因、例としては名誉や、職場環境などに効用を感じ、重視する者が多いので、むしろ営利主体の方が賃金が高い、とする説がある(労働寄付説)。

③ 日本における実証研究

日本では、営利主体と非営利主体が競合する市場自体が少なかったため、本視点については、あまり介入されてこなかった。

介護労働安定センター「事業所における介護労働実態調査」(2000年11月調査)のミク

ロデータをもとにした実証検証では、訪問介護市場における営利・非営利主体の賃金格差については、平均日給は、ヘルパーに関しては、非営利 9027 円、営利 8999 円、看護師は、非営利 9271 円、営利 9260 円、ケアマネジャーは、非営利 9407 円、営利 9438 円という結果がみられた。

セレクションバイアスを調整した推計 ($\ln(\text{賃金}) = F(\text{年齢及びその二乗、経験年数及びその二乗、労働者属性・施設属性})$ 、事業所の属性を併せた上で検討した値によると、推定結果として、若干の非営利プレミアムとなった（ホームヘルパー：非営利が 4.4%高、看護師：非営利が 2.1%高、ケアマネジャー：営利が 1.7%高）（清水谷・野口, 2004）。

この他、非営利主体間の賃金格差について、社会福祉法人と医療法人を比較したところ、ホームヘルパー：社福法人が 9.3%高、看護師：医療法人が 3.4%高、ケアマネジャー：医療法人が 7.7%高、という結果が得られた。

さらに、賃金プロファイルは、年齢、経験年数と賃金をみると保育と比較した場合、それほど急勾配ではない。

（3）介護サービスの質の定量的検証

次に、成果（アウトプット）として、若干の非営利賃金プレミアムが、高いサービスに結びついているのかどうかを検証する必要となる。サービスの質の評価は重要かつ困難な問題である。サービス利用者と提供者の間には、情報の非対称性が存在する。特に介護サービスの利用者は高齢者が多く、サービスの質がどの程度なのか、利用者の立場にたつて質の成果の評価を行う必要があるが、実際共通の尺度というものはほとんどなく、論者によって重点が異なり、また評価のためのデータも不足しているのが現状である。

介護サービスの質の定量的検証として、以下の3つに分類してみる。

- ① 点数評価アプローチ：サービスの質の項目を設定し、それを再集計する。設定に恣意性が入る。
- ② 労働者の質アプローチ：労働者の年齢、スキル、地位、サービスの安定供給（離職率など）などの指標に着目
- ③ 利用者の選好アプローチ：ハンスマン「契約の失敗」仮説の検証

①点数評価アプローチ

表「点数評価アプローチ」による介護サービスの質の比較

| | 項目 | 営利 | 非営利 | 公的 |
|----|--------------|-------|--------|----------|
| 1 | サービス内容の維持・管理 | 2.83 | 3.00 + | 2.55 - |
| 2 | 職員管理 | 2.25 | 2.24 | 2.02 |
| 3 | 研修制度 | 2.18 | 2.48 + | 1.98 |
| 4 | 従業員の資格・経歴 | 1.76 | 1.97 + | 2.26 + |
| 5 | 利便性 | 2.60 | 2.24 - | 1.98 - |
| 6 | 利用者本位の姿勢 | 2.54 | 2.64 | 2.32 |
| 7 | 情報提供・苦情処理 | 2.32 | 2.38 | 1.87 - |
| 8 | プライバシー保護 | 2.43 | 2.45 | 2.10 - |
| 9 | 事故・緊急時対応 | 2.81 | 2.82 | 2.09 - |
| 10 | 衛生・感染症対策 | 1.64 | 1.72 | 1.25 - |
| 11 | 事業の計画性・透明性 | 1.83 | 2.54 + | 2.20 + |
| 12 | 契約手続きの明瞭性 | 3.43 | 3.40 | 3.48 |
| 13 | 総合得点（単純合計） | 28.85 | 29.86 | 26.11 - |
| 14 | 主成分得点 | 0.036 | 0.174 | -0.387 - |

内閣府国民生活局物価政策課(2002)

表は清水谷氏が内閣府にて実施した調査である。12分野48項目にわたる指標で各業者のサービスの質を定量的に評価（利便性、従業員の資格・経歴、研修制度など）し、営利と非営利でどのようなことがいえるかを分析した。

質問の中には、サービスに関するマニュアルを作成しているかどうか、定期的にケアカンファレンスを実施しているかどうか、サービスの提供後の報告や引き継ぎメモを作成しているかどうか、サービスの提供内容や情報を記録しているかどうか、利便性について、例えば早朝の時間帯のサービスの提供、あるいは深夜の時間帯のサービス提供、ケアプラン以外にも緊急時の対応が可能かどうか、休日や祭日のサービスも行っているか、など48項目の評価項目について調査した。その結果、1. 公的業者のサービスの質は低い、2. 営利・非営利業者間のサービスの質の差は大きくない（営利は利便性、非営利は従業員の質）、3. 新規業者（99年以後参入）は既存業者（99年以前参入）高い、という結果が得られた。

質)、3. 新規業者(99年以後参入)は既存業者(99年以前参入)高い、という結果が得られた。

②労働者の質アプローチ

賃金の多寡を調整した上で、労働者の質を示す指標がどの経営主体ですぐれているかを調査すると、推定結果では、労働者の年齢構成、スキル(有資格者比率や研修制度の有無)、地位(常勤)、サービスの安定供給(離職率)では、非営利主体が営利よりも勝るが、統計的に有意ではない。

③利用者の選好アプローチ

営利・非営利主体間のサービスの違いについては、エール大学のHansmann, H(1980)の「契約の失敗」仮説があげられる。情報の非対称性と、非営利主体の「利益再分配制約」の一方、営利主体の方がサービスの質にかかるコストを低下させて利益を生み出すという「機会主義的行動」を取ることから利用者は非営利主体を選びがちになる、という説があげられる。

もしもこの理論により非営利主体が選ばれやすい傾向にあるならば、営利主体の参入による競争促進効果はそれほど大きいものではない、ということになる。

清水谷氏の行った利用者に関するアンケート調査結果では、営利を選択した人、非営利を選択した人の属性がわかる。営利に対する心理的な抵抗感については、ほとんどないとの結果であった。また、「かつて業者変更をした」という設問に統計的優位なのは営利主体であった。この点、一つ考えられることは業種変更をする、ということは情報の非対称性が少し緩和されている人は営利主体を選ぶということが言えるかもしれない。また、家族に医療機関・福祉関係者がいる人は非営利主体を選ぶとの結果であった。

(4) 介護サービスの供給効率性

実証研究によると、賃金コストは、非営利の方が高いが、アウトプットには非営利と営利には大きな違いはない、という結果が得られた。

サービスの質を考慮した費用関数の推計(供給効率性の計測)として、 $\ln(\text{コスト}) = F(\text{アウトプット(人数)}, \text{要素価格}, \text{サービスの質指標}, \text{施設属性}, \text{経営主体別ダミー})$ (コブダグラス型・トランスログ型)を推計したところ、①営利業者の効率性は非営利業者の効率性よりも高い(コスト構造では4割くらい効率的)、②公的業者も高い(先発利益を反映している可能性。)という結果が得られた。この点、競争条件のイコールフットイング(施設との兼業・施設整備への公的助成)が必要であり、営利業者が参入できない施設介護サービスでは非効率性が温存されているのではないか、ということが指摘できる。以上の結果は、営利・非営利の比較は訪問介護についてであり、施設の効率性についても推計する

必要がある。

(5) 介護サービスの将来需要

厚生省推計（2003年）によると、2025年の介護給付費は20兆円（国民所得の3.5%、社会保障給付費の11.4%）である。Mitchell, Piggott and Shimizutani (2004)によると、2025年の介護費用は9兆円から26兆円までとしており、計算の仕方で異なってくる。清水谷・野口（2004）の推計では、2025年の在宅介護費用は5.3兆円位である。介護分野に限らず、日本の労働人口は減っていくわけであるが、サービスの将来需要の予想は、幅があるといえる。

（注）本発表は、清水谷論・野口晴子「介護・保育サービス市場の経済分析—マイクロデータによる実態解明と政策提言」（2004）をもとにしたものである。

4 介護サービス研究会から見る介護労働の課題

今回の研究会では、米国における介護労働研究とわが国の介護労働状況並びに研究の比較、登録型訪問介護ヘルパーの雇用の状況、介護労働市場の経済学的実証分析について、各位の報告を受けた。本研究会から介護労働の課題は以下のようにまとめることが可能である。

- ① 日米ともに介護労働については、新しい問題として取り上げられており、科学的な研究があまり進んでいるとはいえない。
- ② 先進諸国における高齢社会の進展に伴い、介護労働問題は各国ともに大きな課題となっており、介護労働の量の充足とともに質の充実を確保することが求められている。
- ③ 介護労働は女性労働に依存しており、医療専門職に比べると極めて専門性が低いと思われており、低賃金労働となっている国もある。
- ④ 訪問介護については、日米ともに施設介護労働従事者とは違うタイプの労働者により構成されており、パートタイム労働が多い、非熟練者が多い等の傾向が見られる。
- ⑤ 日本の介護労働は、米国に比べると専門性が高いと思われているのではないかと考えられ、それが介護福祉士やホームヘルパー資格取得として表出しているのではないか。
- ⑥ ゆえに特に訪問介護における日米の介護労働状況並びに介護労働に対するイメージは異なるのではないかと考えられる。
- ⑦ 訪問介護の登録型ヘルパーの場合、多くの問題点を内在していると考えられる。
- ⑧ わが国の介護保険制度下における訪問介護については、ニーズの増大に伴い安定した需給関係の構築が必要ではあるが、需給が安定しているとはいえない。
- ⑨ 登録型ヘルパーは特に雇用・契約関係が曖昧、賃金・報酬体系が不明確、契約と実態が乖離している等の問題点が多い。
- ⑩ わが国のホームヘルパーの能力開発は質の向上に伴い必要であるが、方向性として、サービス提供責任者の役割の明確化、ヘルパーの職務遂行能力の把握方法の開発等の検討が必要である。
- ⑪ 家族介護の問題点の多くは、介護保険制度施行後も本質的に変わっていない。
- ⑫ 介護保険制度施行後、訪問介護市場への営利企業の参入等による競争原理導入により、スの質及び効率性の向上が図られた。
- ⑬ 経済学的観点から、介護サービスの供給面の課題としては、コスト構造の分析、アウトプット分析、供給効率性の分析が必要であり、一層の実証研究が必要である。
- ⑭ 労働集約的な介護サービスにおいて、介護のコスト構造の分析が必要である。
- ⑮ その場合、非営利賃金プレミアムと営利プレミアムについて明らかにする必要がある。
- ⑯ 介護サービスの質の定量的検証を今後とも行う必要がある。

以上のように、介護労働についてはいまだ不明確な部分が多く、他の社会政策と同様に極めて各国の歴史的文化的背景があるために、一概に国際比較を行うことは難しいが、高齢社会に対応するためには、介護労働についての実証研究を今後とも行い、介護労働についての科学的検証を行う必要があるのではないかと考える。

第4章 介護保険制度下における居宅介護支援事業・ 居宅サービス計画策定の今日的課題

1 問題意識の所在

介護保険制度における居宅介護支援事業・介護支援専門員は、制度施行に合わせて新たに位置づけられた業務・職種である。それにもかかわらず、制度施行前後から今日に至るまで、批判と見直しの議論の最前線に立っている。

2004年度に厚生労働省老健局から発出された資料や担当者の講演等からその論点を要約すると、①利用者本位かつニーズ指向の居宅サービス計画（ケアプラン）策定ができていない点、その結果、②利用者の要介護状態区分（要介護度）の改善にあまり効果がみられない点、さらに、的確でないケアプラン策定方法により③居宅サービスの給付費の増大を招き、また施設入所者の家庭復帰が促進されていないことの要因となっている点の諸点にあると言えよう。これらは、いずれも介護保険制度の理念にも反する事象であり、要介護者等の自立や地域生活の継続に直接に影響するという意味でも、大きな問題である。

しかしながら、結果として表れたこれらの事象に対しての批判・見直しの議論は多いものの、その問題のそもそもの実態や背景に関する論及は少ない。

そこで本稿では、前述の3点について、実践現場でのケアプラン策定の実態と背景を述べて、そこから問題の本質を考察していく。殊に現場の介護支援専門員の立場において、ケアプラン策定のプロセスを巡る実態に諸問題の鍵があるのではないかという問題意識の下に検討を進めるものである。

2 制度としてのケアプラン策定の現状

まず、ケアプラン策定を巡る制度的な側面から諸問題の鍵を探る。

(1) 居宅介護支援事業の制度的位置づけとその業務実態

① 居宅介護支援事業の誤解とケアマネジメント

介護保険制度における居宅介護支援は、次の3つの業務を含めもっているものである。

- (i) 要介護認定に関する業務
- (ii) 介護支援サービスに関する業務
- (iii) 給付管理の業務

さらに細かく言えば、この3つに加え、法令のうえでは苦情処理に関する業務も含まれている。

この規定の一方で、現場の介護支援専門員は、制度施行前までの数年の間、多くの識者が盛んに紹介してきたいわゆる「ケアマネジメント」を業とするのが自らの介護保険制度

の下での役割と理解し、介護支援専門員の業務に就いている。すなわち、「ケアマネジャー」の仕事は、要介護者等と対峙して相談をし、アセスメントをして生活上のニーズを示す。その解決のために利用者本位の立場から最も適切な社会資源を活用する。そこから利用者の自立とQOLの向上に資する。そのような範囲のイメージを持って実践に臨んでいる。ところが、実際の「居宅介護支援事業」での「介護支援専門員」の業務は、当初のイメージとは異なり、上で述べた3つの業務にわたる幅広い業務である。ここにひとつの矛盾が生じ、その後の継続した課題となっている。

具体的に言う。制度上、居宅介護支援は、利用者に対して「課題（ニーズ）に応じた効果的な給付（サービス）を結びつける」という生活支援・対人援助の手法としての役割を持つが、同時に、「居宅給付の法定代理受領（現物給付）化」を可能とする要件のひとつでもあり、保険給付のシステムの一環としての役割も果たさなければならない。そして、この後者の役割のなかで、給付の上限管理（コスト・コントロール）という意味での給付管理業務も含まれる。この給付管理業務については、ケアプラン策定とコミットさせるべきではないという意見が根強いが、本来的なケアマネジメントには、ニーズに対応したケアやサービスを適合させるという実践と、適切なコストによるケア・サービスを提供して費用の効率化を図るという実践が求められるものであるから、ニーズの査定・ケアプラン策定とコストのコントロールは不可分の関係にある。

つまり、居宅介護支援とは、当初のイメージであった対人援助技法という意味だけではなく、保険給付のシステムの一部という意味との2つの側面・位置づけを持つ業務なのである。ここに当初のイメージと実際の業務との間に大きなギャップを生んだ。現場の介護支援専門員に最大のジレンマを感じさせることとなったところでもある。

このことが現場実践に与えた最大の影響は、保険給付のシステムとしての役割をまずは果たさなければサービスの現物給付化ができないため、この業務の方を優先して行わざるを得なかったことにある。

現実の業務でも、認定調査や給付管理業務に忙殺され、介護支援サービス（アセスメント・カンファレンス・計画作成・モニタリングなど）は後手に回るという悪循環に陥っている介護支援専門員も少なくないのである。

② いわゆる「公正中立」を巡って

居宅介護支援事業は、運営基準上、そして1999年9月の厚生省（当時）の通知でも改めて強調されたとおり、公正中立に行われなければならないこととされている。つまり、居宅介護支援事業者に所属する介護支援専門員は、利用者に提供されるサービスが特定の事業者に不当に偏することのないように、中立的な立場で業務にあたることが求められている。

しかし現実には、i) 居宅介護支援事業に専任で配置されている介護支援専門員は

35.5% (厚生労働省が2001年に示したデータ)であり、それ以外の約6割の介護支援専門員は実際には法人内の他のサービス事業者との兼任であること、ii) 2000年4月の制度施行時には居宅介護(支援)サービス計画費が利用者1人あたり月額650単位から840単位という低い額に設定されたこと(介護報酬の2003年4月改訂でも月額850単位が基本報酬額となったに過ぎない)、iii) また1人あたりの介護支援専門員が担当できる利用者数も標準50名と規定されたためにほとんどの居宅介護支援事業者では収支が赤字となることという経営的な側面から同一・関連法人内のサービスへの誘導を招きやすい現状にある。さらには、iv) 給付管理業務の事務処理におけるサービス提供票の配布や給付管理票の作成・支給限度額を超えるサービス利用の利用者自己負担額の処理は同一・関連法人内のサービス事業者間で完結した方が扱いやすいこと、v) 介護報酬2003年4月改訂で居宅介護(支援)サービス計画費の減算規定(3割減算)が盛り込まれた際、その要件にサービス担当者会議の開催(もしくは各担当者の意見の照会)が組み込まれたが、これもiv)と同様に同一・関連法人内のサービス事業者間で完結した方が開催・照会をしやすいことなどといった実務上の都合も生じている。

つまり、法制度的には公正中立を求められながら、実際にはその立場を堅持することは困難で、介護支援専門員が兼任している事業者への誘導や所属している法人内のサービスの優先的な利用の勧めなどを行うことが必然的に多くなってしまふ。

このことから、ニーズの査定・その背景にある原因とサービスの整合性・関係性を軽視し、提供するサービスのみケアプランの関心は注がれることとなっている。

(2) 制度の位置づけから生じるケアプラン策定の問題の本質

最も大きな問題は、わが国の介護保険制度の特性として、ほとんどのケアプラン策定機関が実際のサービス提供機関と同一法人内にあることにより、利用者を不必要なサービス利用へと誘導すること、いわば居宅介護支援事業者によるモラル・ハザードの起こりやすいシステムとなっていることである。

つまり、利用者にとっての課題(ニーズ)はなくとも、支給限度額に余裕があることをもって、法人内の適当なサービスの利用を勧めて法人の居宅サービス事業の効率的な運営につなぐといった動きを居宅介護支援事業者・介護支援専門員がとりがちな構造になっているということである。このことは単にモラルの問題ではなく、こうした積み重ねが、ひいては給付の総額の増大につながり、保険料や財源の問題にも発展する危険性をはらんでいる。このことは、第1期の介護保険中期財政運営期間を終え、2003年度からの第2期に入り、現実のものとなった。

こうしたことを換言すれば、制度と採算の問題からケアプラン策定のあるべき姿が実現していないのであると言えよう。本来、ケアプランは、①ニーズの査定→②ケア内容・サ

ービス種類の決定→③ケア・サービスの提供→④効果の測定・記録→再び①へ、という流れのなかで作成されて実行されるものである。しかし、前述のことから考えると、実務の上では②のケア内容・サービス種類の決定が先行課題としてあり、①や③、④については軽視されている現状にある。②が遂行されていけば制度と採算の第一義的な問題はクリアされ、その結果として他の部分は軽んじられる。このことが、冒頭で触れた批判と見直しの論点につながっているものと考えられる。

3 方法としてのケアプラン策定の実態

次に、ケアプランの策定を巡る方法論の視点から、諸問題の鍵を探る。

(1) ケアプラン策定方法を巡る実態

筆者はかつてこのような事例を経験した*1。

[事例 1]

79歳・女性。山間部に独居をしている。膝痛があり、家の周囲や家屋内の移動には支障はないものの、約2km離れた食料品店までの歩行が困難となり、買い物ができなくなった。介護支援専門員に相談した結果、買い物の支援を受ける趣旨のケアプランが策定され、訪問介護を利用。当面の生活課題は充足された。しかし、約6ヶ月後、膝関節の変形が顕著に進行して人工関節置換術の手術のため入院。その後は独居困難となり、施設入所に至った。

この事例1では、当面の生活障害・主訴にのみケアプランで対応し、サービスにつなぐことを急いだと言える。長期的な予測・転帰には関心が払われていない。そのため、当面はうまく対応できても、その後は在宅生活すら困難となった。いわば、アセスメントを的確に行わずにケアプランを策定し、状態の悪化を招いたものである。しかし、このレベルの実践であっても、ケアプランそのものの善し悪しの評価はされない現状にある。

一方、次のような事例の報告もある*2。

[事例 2]

「ご飯を食べていない」と度々言って混乱する痴呆性高齢者。介護者と介護支援専門員の相談の中で、故障して使われていない電気釜が浮上し、この電気釜を活用することを試みた。本人がその介護者へ「ご飯を食べていない。ご飯はまだか。」と言ってきた際、介護者に「ごめんなさい。(壊れた電気釜を見せながら)ご飯が炊けていないので、今から炊きますね。炊けるまで待ってくれませんか。」と応えてもらうことを提案した。実際にそれを実行することでとりあえずの混乱は起こらなくなった。その後しばらくして同

じことを繰り返しても、以前のように「お昼に食べたばかりでしょ。」「いや、食べていない。」といった感情的なやりとりや興奮状態は回避できるようになった。

この事例では、サービスにつなぐことよりも先に、起こっている問題の文脈や因果関係に注目し、いわばアセスメントを的確に行って、介護者の対応方法を変更するケアプランを提案した。その結果、混乱していた生活がある程度収束する。

しかしながら、この事例2の報告者は、次のように続けている。

現行の介護保険制度下のサービスは、痴呆性高齢者への接し方・対応の工夫・その他の介護の工夫を提案することを重視していない。保険給付サービスを利用してもらうようケアプランに位置づけることが介護報酬で評価されることであり、評価されている行為を優先し、保険給付と直接関係のない介護の工夫だとかいったことは後回しにされる。結局、介護支援専門員の行っていることは「介護保険を使ってデイサービスへ」「ショートステイを」といった保険給付サービスを紹介して、ケアプランに位置づけることなのである。

この指摘は現状のケアプラン策定の問題を的確に表現している。サービスをケアプランに位置づけることこそが現状のケアプラン策定の最大の関心であり、ニーズの解決・軽減に資するケア・サービスを提供するという手段・方法を講じるという視点は軽んじられているのである。

(2) 事例から考える

この2つの事例からわかるのは、介護保険制度でサービスの種類や量は増えたものの、①的確なアセスメントを中長期的な予測とともに行うこと、②サービスの種類だけでなく具体的なケアの内容まで踏み込んだケアプラン策定をすることなどを行わない限り、利用者の自立やニーズの解決・軽減には至らないということであろう。

つまり、方法としてケアプラン策定を考えると、「ニーズと社会資源をつなぐ」という一般的な理解があるが、そうではなく、「ニーズを把握し、その背景にある要因を分析し、その解決・軽減のためのケアを検討してそれを実行する」といった理解が必要である。

このことは、いわゆる寝たきり・身体障害モデルの利用者に対しては機能の回復や維持に効果をもたらす、痴呆モデルの利用者に対しては行動障害や介護負担の直接の軽減をもたらす一助になる。だが、残念ながら、現行のケアプラン策定においては、サービス提供が先行するあまり、その手法、遑ってその根拠が明確にされていない場合が多いのだ。前述したケアプラン策定の基本的な流れである①ニーズの査定→②ケア内容・サービス種類の決定→③ケア・サービスの提供→④効果の測定・記録→再び①へというプログラムが、現状ではなおざりにされているのである。

また、仮にそうした流れが押さえられていても、どんなニーズに対応してどんなケア・

サービスを提供するのかといった関係性は、現場の介護支援専門員の属人的な経験則に基づくことが多い。さらには、その介護支援専門員がそれまでにどういった職種のどの人にケアプラン策定手法を学んだかという、指導者の属人性にも左右されている。現に、筆者の私見であるが、事業者ごとにケアプランの策定方法や記載方法には特色がある。すなわち、多くのアセスメント手法が提示されてはいるが、方法論としての普遍的なケアプラン策定手法が提示されているわけではないのが実情でもあると思える。

4 ケアプラン策定のあるべき姿

ここまで述べたことをもとに、ケアプラン策定のあるべき姿について検討する。

(1) 効果測定の必要性

ケアプランの評価を制度的に考える場合でも方法論から見る場合であっても、ケアプラン策定後の検証なしには客観性を欠く。

これについては、川越雅弘（日本医師会総合政策研究機構）、筒井孝子（国立保健医療科学院）、池上直己（慶応義塾大学医学部）らの研究・報告がみられるが、わが国であまり多いとは言えない。おそらくは、ケアプランは身体機能や精神機能などの数値化しやすい領域だけを対象にしているのではなく、生活全般という極めて主観的・学際的な対象をカバーするものであり、評価・検証の尺度の設定が難しいことによるものではないかと推察される。

とは言え、ケアプラン策定後の効果測定を抜きにして、制度的見直しの論拠を得ることやその専門的方法論の構築を論究することは困難である。

ケアプラン策定プロセスのなかでいわゆるモニタリングの重要性は強調されているものの、内容は薄い。実際、現場に示されているその視点は、①ケアプランに位置づけたサービスが実行されているか、②ケアプランに設定された目標の達成に有効なものとなっているか、③新たなニーズは生じていないか、④利用者は満足しているか、⑤サービスの削減の必要性はないかといった点であり、客観的評価という意味ではあいまいさを否めない。また、このモニタリングを巡っては、前述した2003年4月介護報酬改訂での減算規定の要件として、1ヶ月に1回のモニタリングのための利用者の居宅訪問と3ヶ月に1回のモニタリング記録が盛り込まれたことで、実践現場ではその様態を整えることに関心が注がれてしまい、肝心の内容・方法に関する議論も少ない。

(2) 効果測定の視点とケアプランのあるべき姿

そこで、現場実践のなかから見えるケアプランの効果測定の視点について、3点ほど最後に触れておく。

① 利用者の自立に資する

介護保険の理念は自立支援である。これにどれほど効果があったか否かがケアプランの評価では第一に問われる。ただ、この「自立」についてはさまざまな見方がある。制度的には法にも明記されているように要介護状態等の解決・軽減が問われ、具体的には要介護度の改善を図ることが、特に2003年以降、厚生労働省からは強く求められるようになった。

これについては、評価尺度としては可視的なものであり、調査報告も前述の川越のものが注目された。しかし、ケアプランと要介護度の変化の関係性については明らかになっておらず、具体的な研究が期待される（筒井らの研究にその端緒がみられる）。そこから、おそらくは、ニーズとケア・サービスの関係も次第に明らかになり、「どういったニーズにはどういったケアやサービスが有効か」といったエビデンスにもつながっていくことであろう。ケアプランの対象とするニーズ（生活ニーズ）は、利用者の個人要因やそれを取り巻く環境要因などが複雑に錯綜して構成されるものであり、その改善効果をあげる方法を客観化するにはさまざまな支障もあるだろうが、手法・技術としてのケアプラン策定を考えると、こうした知見の蓄積は極めて有用である。同時に、ケアプランの評価や標準化に役立つ。だが、現状ではこうした手法・技術、評価尺度に乏しい。

一方、自立を巡る考え方として現場実践で注目を集めているものが、WHOが2000年に採択した「国際生活機能分類（ICF）」の「参加（participation）」であろう。このICFについては2003年度に厚生労働省からケアプラン策定の基本的視点として活用する旨の通知がなされ、それが現場にも広まっている。

単に心身機能面等の自立だけでなく、人生の価値を確認できるような生活も自立と捉えようという意味で、ケアプラン策定に対しては一石を投じている。つまり、生活にどれほどの広がりをもたらされたか、という視点を重要視する。その意味で、斬新な考え方ではある。

しかし、ICFにおいてもこの「参加」については具体的な分類方法そのものを巡って研究途上にあるとされている。したがって、具体的なケアプラン評価の尺度に用いるには期を待つ必要があるだろう。

いずれにしても、さまざまな見方があるものの、法の理念に沿った形での自立支援、暮らしの営み・対人援助の理念としての自立支援といった面から、ケアプランがどれほど有効だったのか、という評価は不可欠である。

② 地域ケアの発展に資する

繰り返しになるが、居宅介護支援は介護保険制度とともに新しく生まれた業務である。それゆえ、業務の質的な面について問えば、そのスキルの稚拙さはいまだに否めない。

たとえば、居宅介護支援の中核を成すアセスメントがうまくできずニーズが導けない、

ニーズが把握できてもその解決方法を明らかにできない、あるいはそれゆえに利用者の訴える希望のみを課題としてサービス計画を立てる。そのような介護支援専門員は、今日に至っても珍しくない。(そうした結果が、厚生労働省から発表されたように、要介護者等の居宅サービスの利用が支給限度額の4割程度にとどまっていることや、また、2001年暮れに発表されたデータのとおり、居宅サービスの利用者の49%がサービスを1種類しか利用していないことなどにつながっている要因のひとつと言えよう。)

さらには、筆者の私見であるが、こうした居宅生活を支える介護支援専門員のスキルの未熟さが、介護保険制度施行以降に要介護者の施設入所志向が増大したことの要因でもあるのではないかと感じられる。

たとえば、筆者の周囲では次のような事例がある。

[事例3]

脳血管障害を発症し、ADL全介助(要介護5)となった女性が、発症間もなくの時点で、重度の介護が長期間必要な状態になるだろうと医師から告知されたため、医師の勧めもあって家族が介護老人福祉施設の入所申し込みをした。だが、すぐには入所できないため、やむなく自宅での介護を始めた。その退院の際から力量ある介護支援専門員が居宅介護支援を担当し、適切なサービス計画を立て、在宅生活の開始を支援した。その後は小さな身体的なトラブルは発生したものの、本人も家族も比較的安定した在宅生活を続けている。そして約2年後、施設入所の順番が巡ってきたが、在宅生活をそのまま継続することを利用者・家族とも希望し、施設入所希望を一旦取り下げ、自宅での生活が続いている。

このように、質の高い介護支援専門員であれば、介護保険法第2条の趣旨に則った形で、たとえ介護を要する状態になっても在宅生活の継続を可能にする支援ができる。

しかし現実には、この事例とは逆に、スキルの低い介護支援専門員が、ケアプラン次第で在宅生活継続可能な居宅の要介護者を施設へ誘導するといった、本来とは逆の流れを作っていることは厳しく指摘されるべきことであろう。

逆に言えば、地域での生活をどれほど支援できるか、居宅での生活の継続を支援できるか、といった尺度でケアプランの評価もされるべきだ。ただ、その際には前で触れた「自立」の視点も含めつつ評価されなければならない。介護保険制度は、居宅での自立した生活の支援を第一義的な理念としているものでもある。

③ コスト・コントロールに資する

同時に、ケアプラン策定により、すなわち介護支援専門員がサービス提供に介在するこ